

135

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Janvier 1895, à 1 heure

PAR

E. L'HARDY

Né à , le

De l'Adénite subaiguë simple de l'Aine
à Foyers purulents intra-ganglionnaires

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM.

{	TROISIER, agrégé.
	NÉLATON, agrégé.
	ALBARRAN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Janvier 1895, à 1 heure

PAR

E. L'HARDY

Né à , le

De l'Adénite subaiguë simple de l'Aine
à Foyers purulents intra-ganglionnaires

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { TROISIER, agrégé.
NÉLATON, agrégé.
ALBARRAN, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	N ^{III}
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Peu d'affections chirurgicales sont plus communes que l'adénite inguinale : A la suite d'une plaie insignifiante du membre inférieur, de la fesse, à la suite d'une petite ulcération des organes génitaux externes, de l'anus, on constate d'une façon précoce ou tardive l'engorgement des ganglions de l'aîne correspondants ; il y a eu ou non lymphangite. L'adénite disparaît d'elle-même en quelques jours, ou bien elle suppure, et la suppuration est annoncée par la rougeur, l'empatement douloureux, puis la fluctuation de la région malade ; les phénomènes généraux peuvent être fort accusés. C'est l'adénite aiguë. D'autres fois, la suppuration n'a pas lieu, mais les ganglions restent fort longtemps gros, douloureux, susceptibles d'ailleurs, comme l'a montré Jouet, de s'enflammer tout à coup, à propos d'une cause occasionnelle quelconque. C'est l'adénite chronique.

Entre ces deux formes doit prendre place une troisième forme d'adénite, caractérisée cliniquement par son allure subaiguë, et anatomiquement, par la formation, au sein même des ganglions, de petits foyers purulents. Cette adénite peut s'observer sur tous les ganglions, mais elle est particulièrement fré-

quente au niveau des ganglions de l'aîne, et nous verrons que la raison de ce fait est l'origine génitale de ces adénites.

Ce qui constitue l'intérêt spécial de cette forme d'adénite, c'est que par sa marche progressive et lente, par ses signes objectifs, par la faible intensité des phénomènes réactionnels, elle simule à s'y méprendre la tuberculose ganglionnaire. Or, il est extrêmement important de pouvoir établir le diagnostic entre ces deux affections, d'abord en raison du pronostic, bien différent pour l'une et pour l'autre, puis parce qu'il faut combattre l'adénite subaiguë par un traitement radical et spécial, sous peine de la voir durer fort longtemps.

Ce sont ces différents points que nous avons l'intention de faire ressortir dans cette étude.

Mais avant d'entrer en matière, nous voulons, nous conformant à l'usage, remercier les maîtres qui ont bien voulu nous guider dans nos études médicales. Nous les avons commencées à Genève, sous la direction de MM. Julliard et Reverdin, auxquels nous exprimons toute notre reconnaissance. A Paris, nous avons préféré ne nous attacher d'une façon continue à aucun service hospitalier, afin de pouvoir profiter de l'enseignement d'un plus grand nombre de maîtres. Nous avons en particulier suivi avec fruit les leçons de deux maîtres éminents, MM. les Professeurs Duplay et Tillaux.

C'est M. le Docteur Nélaton qui nous a indiqué le

sujet de cette thèse, et nous a aidé de ses conseils; nous tenons à lui exprimer notre profonde reconnaissance. Nous remercions aussi MM. Binot et Robineau, internes des Hôpitaux, qui nous ont communiqué les observations qu'ils possédaient sur ce sujet.

Nous sommes profondément touché de l'honneur que nous fait M. le Professeur Duplay en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Nous avons vainement recherché dans les ouvrages classiques récents, manuel des Quatre Agrégés, traité de chirurgie, une description de l'adénite subaiguë simple, simulant l'adénite tuberculeuse; aucun auteur n'en fait mention. Nous n'avons pu trouver non plus, dans aucune thèse, d'observations touchant ce sujet. L'affection qui nous occupe nous paraît peu connue; il n'existe, croyons-nous, qu'une clinique professée par M. Nélaton à l'Hôpital de la Charité (1), en 1890, où elle soit décrite. Cependant cette maladie n'est pas rare, et, si elle semble peu connue, c'est, croyons-nous, parce qu'on néglige d'observer avec soin les malades qui en sont porteurs.

Bien entendu il ne faut pas chercher de description clinique de l'adénite subaiguë dans les auteurs qui ont écrit leurs traités avant l'époque où les lésions tuberculeuses ont pu être distinguées d'une manière absolue et certaine par les recherches bactériologiques. Ils ne pouvaient différencier ces deux affections dont les symptômes ont tant d'analogie, parce que la tuberculose n'avait pas encore sa place à part, bien marquée, dans le cadre nosologique.

Mais, au point de vue anatomique, la lésion était fort

(1) Semaine Médicale, 5 novembre 1890.

bien connue ; Chassaignac (1), Velpeau (2), ont parfaitement décrit, comme nous le verrons plus loin, une variété d'adénite, sous le nom d' « adénite intraganglionnaire », qui répond à la variété clinique que nous étudions. C'est leur description que nous reproduirons au chapitre suivant. Telles sont les seules indications que nous ayons à donner dans cet historique.

(1) Chassaignac. Traité de la suppuration.

(2) Velpeau. Art. Adénite. Dict. Dechambre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'adénite subaiguë inflammatoire peut frapper tous les ganglions de l'économie ; nous n'en voulons d'autres preuves que cette observation de M. Nélaton (1), qui rapporte « qu'une femme, à la suite d'une écorchure légère du petit doigt, sans importance, et depuis longtemps cicatrisée, avait vu se développer une petite tumeur à la face interne et inférieure du bras. Avec la tuméfaction existait une légère douleur, mais les téguments n'étaient ni rouges, ni œdémateux. L'affection revêtait les caractères d'une tumeur, et certes pas d'un foyer inflammatoire. Le ganglion épitochléen, qui constituait cette petite tumeur, fut extirpé : il était du volume d'une amande ; sur la coupe se trouvaient trois ou quatre petits ilots de pus du volume d'un grain de chènevis. Le parenchyme était congestionné, rouge, vascularisé, mais ne présentait aucune altération macroscopique pouvant être rapportée à la tuberculose. La femme guérit rapidement ».

Cependant cette variété d'adénite est surtout fréquente au pli de l'aîne, et c'est pourquoi nous avons préféré en faire une étude spéciale ; nous verrons en recherchant l'étiologie, que la raison de cette fréquence est l'origine génitale de cette adénite.

Pour le même motif, l'adénite se cantonne en général au lieu de frapper tous les ganglions inguinaux, et

(1) Semaine Médicale, 1890.

les ganglions atteints sont surtout les ganglions internes, entre la veine fémorale et le niveau de l'épine du pubis. A ces ganglions aboutissent en effet les lymphatiques des organes génitaux externes.

Mais il est fréquent de voir la maladie s'étendre de proche en proche; c'est la règle lorsqu'on n'oppose à sa marche aucun traitement, et après deux à trois mois, elle peut avoir envahi toute la base du triangle de Scarpa.

Nous devons à ce propos dire un mot de l'existence anormale, mais fréquente, de ganglions, en dehors des limites assignées dans les descriptions classiques (1). Leur présence a été notée sur le cadavre, mais c'est surtout par le développement d'adénites que se révèlent ces ganglions.

Ainsi Auspitz (2) a décrit et figuré un petit groupe ganglionnaire, le groupe extra-inguinal, situé en dehors du muscle couturier, et occupant l'aire du triangle formé par ce dernier muscle et le tenseur du fascia lata, le fond étant représenté par le droit antérieur de la cuisse. M. Lejars (3) a souvent constaté d'autre part, sur le cadavre, de petits ganglions situés sur la paroi abdominale, à un ou deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, et il leur donne le nom de « groupe supra-inguinal ». Il a opéré deux malades chez qui la tuberculose s'était développée dans ces ganglions.

Le malade qui fait l'objet de notre observation II présentait aussi une adénite supra-inguinale. Ces notions sont utiles à connaître, pour éviter des erreurs de

(1) Voy. Sappey. Traité d'anat. descript. Tom. II. Quénu. Bull. Soc. Anat., 1893.

(2) Auspitz. Arch. f. Dermatologie und syphilis, 1873.

(3) Lejars. Presse médicale, 1894.

diagnostic grossières, que pourrait faire naître la situation anormale de ces ganglions.

Quelles lésions présentent les ganglions atteints d'adénite subaiguë inflammatoire ?

Nous ne trouvons, dans le traité de Cornil et Ranvier, que la description de l'adénite aiguë, et de l'adénite chronique, mais la variété que nous étudions n'y est pas mentionnée. Cependant Chassaignac (1) la connaissait ; il en a noté la rareté, et l'a bien distinguée de l'adénite aiguë, l'adéno-phlegmon avec suppuration péri-ganglionnaire ; au contraire, dans l'adénite subaiguë, la suppuration est au sein du ganglion, « intéro-ganglionnaire » pour nous servir de l'expression de Chassaignac. Nous ne pouvons mieux faire, d'ailleurs, que de citer ses paroles :

« On peut résumer les caractères anatomiques de » l'adénite suppurative proprement dite dans les circonstances suivantes :

» *Première période* : Piqueté de points gris, jaunes, » ou blancs ; pus mal élaboré ; tissu ganglionnaire » facile à déchirer et à écraser.

» *Deuxième période* : Production de véritables abcès ; » ramollissement et fonte purulente se propageant du » centre à la périphérie, et transformant les ganglions » en une sorte de coque remplie de pus.

» *Troisième période*. — Induration du tissu cellulaire » ambiant ; enkystement du pus, puis issue du liquide à » travers la peau amincie et ramollie. »

Telle est la remarquable description donnée par Chas-

(1) Chassaignac. Traité de la suppuration. T. I. Pages 354-355.

saignac de la lésion qui nous occupe. En effet, après l'ablation de ganglions atteints de cette affection, une coupe de la tumeur montre que le parenchyme du ganglion est congestionné, rouge, parfois même violacé; le raclage donne un suc abondant; le tissu lui-même est mou, friable, et se laisse déchirer avec la plus grande facilité. Mais ce qui est tout à fait particulier, ce sont les petits ilots de pus intéressés par la coupe. Il y en a généralement un plus gros que les autres, du volume d'une noisette environ, très superficiel, sur le point d'ulcérer la peau qui est adhérente; il est enkysté par une coque un peu épaissie; mais les plus nombreux, et on en compte deux à trois au moins par ganglion, ont les dimensions d'une tête d'épingle à celles d'un petit pois. En déchirant le ganglion on voit sourdre encore quelques gouttelettes de pus.

Autour du ganglion, il y a toujours un peu de périadénite; mais l'inflammation du tissu cellulaire, traduite par son induration, n'arrive jamais jusqu'à la suppuration. Les limites de cette zone inflammatoire sont toujours indécises, l'affection se propageant lentement, mais progressivement tout à l'entour.

L'adénite abandonnée à elle-même suit une évolution remarquable. Velpeau (1) l'a fort bien indiquée, et a bien montré en même temps quels étaient les caractères du pus: « Si l'adénite, dit-il, parcourt toutes ses périodes » sans sortir du parenchyme ganglionnaire, et que la » suppuration s'ensuive, l'abcès ou les abcès n'acquièrent » jamais un grand volume, arrivent très tard à matu-

(1) Dict. Encycl. des sc. médic. Article « Adénite ».

» rité, et sont en général formés de pus granuleux ou » séreux, ou sanguinolent, ou verdâtre ».

Telle est en effet la marche lente de cette adénite, dans laquelle chaque foyer purulent se développe tour à tour, vient ulcérer la peau en des endroits différents, et après l'évacuation du pus laisse un trajet fistuleux. D'autres collections viennent se vider dans une fistule déjà créée.

« Il arrive souvent, dit Chassaignac, quand l'abcès est » intéro-ganglionnaire, que les lèvres de la solution de » continuité soient adhérentes au ganglion, qu'elles soient » proéminentes et renversées au dehors, comme si la » glande les avait refoulées pour s'échapper entre elles ». C'est là un fait fréquent, lorsque les fistules sont produites, et si l'élimination totale des ganglions pouvait se produire ainsi, la lésion se guérirait d'elle-même. Mais le fait n'a pas été observé.

Les lésions histologiques sont des lésions d'inflammation simple. On trouve dans les sinus lymphatiques des ganglions, une grande quantité de leucocytes, la plupart altérés. Les travées sont épaissies, granuleuses; les cellules épithéliales sont tuméfiées, et l'on constate une prolifération active de leurs noyaux. Enfin les capillaires sanguins sont dilatés; il y a souvent, çà et là, de petits foyers hémorrhagiques, et toujours une extravasation assez considérable de globules rouges, donnant au tissu ganglionnaire sa teinte foncée. Rien, dans cette description, ne rappelle les lésions tuberculeuses. D'ailleurs, dans les quelques cas où l'examen bactériologique du pus a été pratiqué, il n'a jamais pu révéler la présence du bacille de Koch.

ÉTIOLOGIE

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une adénite inguinale subaiguë, on peut quelquefois assigner une cause précise à la maladie, retrouver la porte d'entrée du principe infectieux, mais le plus souvent cette détermination est impossible et c'est alors surtout que l'adénite subaiguë simule bien l'adénopathie tuberculeuse.

Le plus souvent cette adénite est consécutive à une lésion minime des organes génitaux externes. C'est pour cette raison, sans doute, et à cause de la fréquence plus grande de ces lésions chez l'homme, que cette affection paraît frapper plus spécialement le sexe masculin, et appartenir surtout à l'âge adulte ; la plupart de nos observations, en effet, se rapportent à des hommes jeunes. Sans doute, les femmes, les enfants, peuvent en être atteints : les érosions des organes génitaux sont fréquentes chez les femmes, comme le montre notre observation IX ; chez les enfants, le phimosis, la circoncision rituelle, etc., peuvent certainement produire l'adénite subaiguë, au même titre que l'adénite aiguë ou l'adénite tuberculeuse. Mais il ne nous a pas été donné d'observer des faits de ce genre.

Parmi les érosions des organes génitaux, les petites ulcérations qui succèdent aux vésicules d'herpès, sont la cause la plus fréquente de l'adénite subaiguë de

l'aîne. L'herpès génital est loin d'être rare : certains individus, chez qui la diathèse herpétique a trouvé un terrain favorable, sont sujets à des poussées presque continuelles d'herpès, les vésicules couvrent le gland, le prépuce, le fourreau même de la verge. Là, les vésicules ont le même sort qu'ailleurs; elles crèvent au bout de trois à quatre jours, laissant une petite ulcération arrondie, qui se recouvre d'une croûte jaunâtre. La croûte une fois tombée, il persiste quelque temps une petite cicatrice arrondie, dont la teinte sur la muqueuse du gland est d'un rouge foncé. Lorsque les vésicules sont confluentes, l'ulcération peut acquérir d'assez grandes dimensions.

L'adénite peut se développer au moment de l'éruption d'herpès, mais bien plutôt d'une façon tardive, quand l'herpès a disparu, et qu'on peut tout au plus en voir les cicatrices (8 jours après l'éruption, observation VI; 15 jours après, observation I).

A côté de l'herpès de la verge, nous devons citer, pour être complet, l'herpès de l'anus, quoique, dise M. Potherat « exceptionnellement après l'herpès de l'anus, les ganglions inguinaux suppurent (1). »

Dans ce cas ce sont les ganglions externes de la rangée horizontale qui sont engorgés.

Sans doute aussi, les furoncles, les écorchures, et toute érosion, de quelque nature qu'elle soit, intéressant les téguments des organes génitaux, peut devenir le point de départ d'une adénite subaiguë de l'aîne; et même une solution de continuité de la peau des membres inférieurs, peut occasionner cette affection. Mais ne

(1) Traité de chirurgie. Tome VII.

pouvant citer de preuve à l'appui, nous passons rapidement sur ces faits.

Il en est un autre sur lequel nous devons insister un peu plus : Chez le malade qui fait le sujet de notre observation II, aucune cause directe de l'adénite n'a pu être relevée ; mais un mois avant le développement de l'adénite, il avait eu une blennorrhagie. C'est là, croyons-nous, qu'il faut chercher la cause de l'adénite, d'autant plus que ce malade ne pouvait préciser exactement le moment où les ganglions avaient commencé à grossir. L'adénite inguinale consécutive à la blennorrhagie est généralement admise aujourd'hui : Pendant la période aiguë de cette maladie, on observe souvent un engorgement ganglionnaire, disparaissant vite, de lui-même.

L'adénite peut cependant suppurer, et M. Lejars (1) indique comme fréquence de ce fait, la proportion de 5 à 6 o/o. En effet, dans la blennorrhagie, « le gland rougit, les lèvres du méat, turgescents, peuvent présenter de petites croutelles, recouvrant de menues érosions » (2). En voilà assez pour expliquer la possibilité de l'adénite de l'aine. On sait d'ailleurs que Diday (3) avait décrit l'inflammation blennorrhagique des follicules nombreux du méat, et que Lagneau (4) avait soupçonné l'inflammation des glandes de Tyson, qui occupent la couronne du gland. Depuis, Jadassohn et Fabry ont donné une démonstration absolue de ces faits. Fournier a décrit la lymphangite nodulaire de la blennorrhagie. De tout ceci on a déduit que l'inflam-

(1) Lejars. *Traité de Chir.* Tome I.

(2) Forgues. *Traité de Chir.* Tome VII.

(3) Diday. *Gazette hebdomadaire*, 1860.

(4) Lagneau. *Gazette hebdomadaire*, 1862.

mation du ganglion de l'aîne pouvait être de nature blennorrhagique, c'est-à-dire causée directement par le gonocoque de Neisser.

Puisque l'adénite aiguë peut succéder à la blennorrhagie, nous pouvons admettre que cette affection peut occasionner aussi l'adénite subaiguë de l'aîne, et notre observation II en fait foi.

Restent maintenant les cas les plus fréquents peut-être, ceux dans lesquels aucune cause ne peut être assignée à l'adénite. Il faut cependant admettre une porte d'entrée au principe infectieux. Mais nous savons, depuis les recherches de M. Marchant et la thèse de Jouet (1), que longtemps après la cicatrisation d'une plaie, d'une érosion, à propos d'une cause occasionnelle quelconque, on voit se développer une lymphangite, ou une adénite « tardive » qu'on ne songe même pas en général à rattacher à la plaie cicatrisée. Souvent même on ne voit pas la cicatrice, et si le malade ne s'est pas rigoureusement observé, comme il arrive si souvent chez les malades des hôpitaux, l'écorchure passe tout à fait inaperçue et ignorée et l'adénite subaiguë semble survenir sans cause. Cette absence d'origine est une difficulté de plus pour la diagnostiquer d'avec l'adénite tuberculeuse.

(1) Jouet. Th. de Doct., 1886.

SYMPTOMES ET MARCHE

L'adénite de l'aîne peut être double (obs. IX); mais le plus souvent elle est unilatérale. Son début est essentiellement insidieux, et généralement le malade ne reconnaît même par l'engorgement de ses ganglions, qui, peu à peu, augmentent de volume. Il faut parfois une cause occasionnelle, telle qu'un effort (obs. IV) pour que le malade éprouve une douleur plus ou moins vive au niveau de l'aîne.

Cependant les ganglions deviennent assez gros pour qu'il en reconnaisse lui-même la présence; la pression les fait rouler légèrement sous les doigts et est un peu douloureuse; les ganglions sont encore indépendants les uns des autres, et forment dans leur ensemble une masse irrégulière. Les mouvements du membre inférieur déterminent un peu de douleur, et c'est pourquoi le malade accuse principalement une gêne notable dans la marche.

Au bout de quinze jours à un mois, les ganglions ont acquis un volume assez notable, et forment, par leur agglomération, un paquet irrégulier. La peau commence à rougir; les douleurs, quoique modérées, sont un peu plus vives.

En somme l'adénite s'est développée lentement, sans déterminer beaucoup de troubles fonctionnels, sans

influer d'une façon bien appréciable sur l'état général ; car c'est tout au plus si quelques malades ont ressenti un peu de fièvre, et si leur appétit a momentanément diminué.

Les signes physiques, à la période d'état, sont les suivants : La tuméfaction occupe la partie interne de la base du triangle de Scarpa, en général, et siège par suite en dedans des vaisseaux fémoraux, déformant le pli de l'aîne, qui est surélevé, ou effacé, empiétant parfois sur la partie inférieure de la paroi abdominale. En dedans elle atteint presque la racine des bourses. Elle peut occuper la totalité des ganglions de l'aîne.

Son volume varie de la grosseur d'un œuf de poule à celle d'une petite orange. Sa forme est irrégulière, mais il y a presque toujours une partie culminante. En ce point la peau est rouge, lisse, et tendue. Mais la rougeur est limitée, et ne s'étend que tardivement sur la périphérie de la tumeur.

La peau d'ailleurs, autour de la zone érythémateuse, est froncée et adhère à la tuméfaction sous-jacente ; souvent il y a un peu d'œdème du tissu sous-cutané.

La palpation permet de mieux reconnaître les irrégularités de la tumeur ; elle est composée de petites masses arrondies, de volume inégal, agglomérées. La consistance n'est point partout la même ; elle est plutôt dure, mais par place rénitente. Au sommet, là où la peau est rouge, il est fréquent de percevoir le symptôme de la fluctuation.

La masse ganglionnaire, prise dans son ensemble, est peu mobile, ou tout à fait immobile sur les plans aponévrotiques sous-jacents.

L'adénite est le plus souvent cantonnée, comme nous

avons dit ; dans ce cas les autres ganglions de l'aine sont sains ; il en est de même des ganglions iliaques.

Mais si l'on abandonne l'affection à elle-même, sans la traiter, les ganglions voisins seront envahis de proche en proche, car la lésion n'a aucune tendance à se terminer par résolution.

Voici en effet ce qui se passe : De quatre à cinq semaines après le début de l'affection, le foyer purulent le plus superficiel ulcère la peau et s'évacue, et il persiste un trajet fistuleux, plus ou moins large, par lequel ou peut voir s'engager une partie du ganglion malade, qui tend à s'éliminer spontanément.

Cependant, après cette première issue du pus, la douleur persiste, la coloration rouge de la peau, bien loin de disparaître, s'étend davantage : A la palpation on reconnaît la formation d'une deuxième collection de pus, au voisinage de la fistule. Qu'on l'incise ou non, cette collection ne tarde pas à se vider, soit dans le premier trajet fistuleux, soit en ulcérant la peau à côté de ce trajet. Une troisième, une quatrième fistule peuvent ainsi se former ; la lésion gagne en étendue ; la peau irritée par la sécrétion continuelle du pus, par les topiques appliqués sur les plaies, devient d'un rouge livide, s'amincit au niveau des fistules, se décolle. Le malade souffre, est affaibli par la suppuration. On se croirait vraiment en présence d'une lésion ganglionnaire tuberculeuse.

En résumé, l'adénite subaiguë de l'aine a une marche assez lente, puisqu'elle met de trois à quatre semaines en moyenne à se constituer. Une fois établie, sa marche est progressive, sans tendance à la résolution. Abandonnée à elle-même, sa durée devient extrêmement

longue et peut atteindre plusieurs mois, pendant lesquels les différents foyers de pus se vident successivement, laissant des trajets fistuleux qui conduisent aux ganglions malades.

Pour amener la guérison à cette période de la maladie, il faudrait l'élimination complète de tous les ganglions malades ; or, elle a peu de tendance à se faire à cause de la coque épaissie qui entoure les ganglions, et de l'induration des tissus autour des fistules. L'intervention chirurgicale peut seule enrayer le mal.

Aussi le pronostic de l'adénite subaiguë de l'aine est-il, d'une manière générale, bénin, mais à la condition de savoir traiter cette affection : Il ne faut pas lui laisser le temps d'arriver à la suppuration, aux trajets fistuleux, ce qui fatigue le malade et peut gravement compromettre sa santé. On connaît fort bien aujourd'hui les associations morbides de la tuberculose, de la siphilis, venant se greffer sur des affections inflammatoires simples ; et il suffirait sans doute qu'une adénite subaiguë simple se développât chez un individu susceptible de tuberculose, et se prolongeât plusieurs mois, sans être traitée, pour que l'on ait à craindre son changement de nature. Les exemples d'adénites chroniques simples développés chez des sujets de souche tuberculeuse et transformées en adénites tuberculeuses, sont trop nombreux, pour ne pas justifier nos craintes.

DIAGNOSTIC

Une adénite de l'aîne est d'un diagnostic différentiel facile, et nous ne nous arrêterons pas à distinguer l'adénite subaiguë des autres affections de cette région qui peuvent la simuler.

Il est également facile de reconnaître l'adénite aiguë, phlegmoneuse, dont l'évolution est rapide, la suppuration se produisant vers le sixième ou le huitième jour, et qui est occasionnée par une lésion des téguments généralement appréciable, avec ou sans lymphangite concomittante.

L'adénite subaiguë de l'aîne doit surtout être distinguée de l'adénite chronique simple et de l'adénite tuberculeuse.

Peu de choses à dire de la première. Elle consiste en un simple engorgement des ganglions, parfois professionnel, d'autres fois, suite d'ulcères ou d'éruptions siégeant sur les membres inférieurs, et qui a pour caractère essentiel de ne pas suppurer. C'est donc avant l'époque où apparaissent dans l'adénite subaiguë la rougeur et les symptômes révélateurs de la présence d'un foyer purulent, que la confusion pourrait avoir lieu. Mais l'adénite subaiguë marche beaucoup plus vite que l'adénite chronique, et c'est dans un espace de temps relativement restreint, de deux à quatre semaines, que les ganglions prennent un développement déjà considérable. Aussi croyons-nous ce

diagnostic assez aisé, et passons-nous rapidement à celui beaucoup plus difficile qu'il faut établir entre l'adénite subaiguë et l'adénite tuberculeuse.

Tout d'abord, nous devons montrer que ce diagnostic est vraiment délicat, qu'il est facile de confondre les deux affections, et pour cela, il nous faut rappeler en quoi l'adénite subaiguë ressemble principalement à l'adénite tuberculeuse.

L'adénite subaiguë a une marche lente, progressive ; c'est ainsi que procède l'adénite bacillaire. Toutes deux commencent par une simple tuméfaction des ganglions, tuméfaction indolente, et peu douloureuse, le malade ne souffrant guère que par la pression sur la région malade, ou par des mouvements prolongés des membres inférieurs comme ceux occasionnés par la marche.

Au moins dans les cas (et ce sont les plus fréquents) où l'adénite simple s'est développée sans cause apparente, cette affection semble être née spontanément, comme surviennent les adénites tuberculeuses.

Arrivée à sa période d'état, l'adénite subaiguë simple simule la tuberculose surtout par les signes suivants : La coloration rouge violacée et l'adhérence de la peau, répondant à une petite collection purulente ; la forme irrégulière, bosselée, de la tuméfaction, constituée par des ganglions agglomérés ; leur consistance générale dure avec des points un peu ramollis ; enfin l'indolence absolue ou presque, et l'intégrité à peu près complète de l'état général, troublé tout au plus par un petit mouvement de fièvre, un peu d'anorexie.

Tout ceci rappelle bien la tuberculose ganglionnaire, surtout quand elle se cantonne dans un groupe ganglionnaire de l'aine, l'interne, plutôt que l'externe. Bien

mieux, à la suite d'une lésion tégumentaire, compliquée d'une petite traînée de lymphangite, la collection ganglionnaire froide peut « s'échauffer », évoluer rapidement à la manière des adénites aiguës, avec rougeur vive, chaleur, œdème de la région, avec fièvre, troubles digestifs, etc. Dans de semblables cas la confusion est encore plus facile, car l'adénite subaiguë peut fort bien, elle aussi, subir, à un moment donné, une recrudescence et évoluer en adénite aiguë.

Enfin, à la deuxième période de cette affection, la peau est livide, perforée par les orifices de nombreuses fistules, décollée même par ces dernières qui donnent issue à un pus séreux. La zone inflammatoire repose sur une masse compacte indurée. C'est tellement l'aspect de la tuberculose, que M. Nélaton déclare : « Qu'il est impossible cliniquement de dire si les lésions qui ont donné naissance aux trajets fistuleux sont tuberculeuses ou non (1). Dans ce dernier cas, l'examen histologique peut seul éclairer le diagnostic.

Mais dans ses premières périodes l'adénite subaiguë simple peut et doit être diagnostiquée. Nous allons tâcher maintenant d'indiquer de quelle manière. Quatre ordres de faits sont de nature à éclairer ce diagnostic :

Tout d'abord, malgré son allure torpide, malgré le peu de réaction que son évolution détermine, l'adénite subaiguë est une affection inflammatoire, et il est toujours possible de retrouver un certain nombre de petits signes révélateurs de la phlegmasie. C'est une légère élévation de la température locale, correspondant à l'érythème cutané; c'est aussi un peu d'œdème sous-

(1) Science médicale, 1890.

cutané, appréciable par la pression du doigt, et donnant une sensation d'empâtement. Parfois un frisson est survenu le soir, au début ou dans le cours du développement de l'adénite ; et la température générale s'est un peu élevée. Les douleurs aussi ne font pour ainsi dire jamais défaut, au moins à un moment donné de l'évolution de la maladie, très souvent au début ; et quand elles surviennent, elles ont un caractère d'acuité qu'elles ne présentent guère dans les premières phases du développement de l'adénite tuberculeuse. Enfin, on retrouve presque constamment chez ces malades des traces du retentissement de l'affection sur l'état général : Malaise, lassitude, anorexie, état saburral des voies digestives, etc. — phénomènes que l'on voit rarement dans l'adénite tuberculeuse. — Il est vrai que tous ces symptômes peuvent être constatés, comme nous l'avons déjà dit, quand une collection froide ganglionnaire vient à s'échauffer, ils sont même alors beaucoup plus accentués ; mais on reconnaît que l'inflammation aiguë qui se manifeste a été précédée, depuis longtemps déjà, par une tuméfaction des ganglions malades.

En effet, une différence considérable existe dans la rapidité d'évolution des deux maladies : L'adénite subaiguë mérite bien ce nom, car, se développant plus lentement que l'adénite aiguë, elle met cependant beaucoup moins de temps à se constituer, qu'une adénite chronique. Au bout de quinze jours, un mois, six semaines au plus, la période d'état est atteinte, les premiers foyers purulents sont sur le point de s'ouvrir. Jamais l'adénite tuberculeuse ne procède aussi vite, au moins si l'on s'attache à préciser exactement les débuts de la maladie on reconnaît alors qu'avant d'arriver à suppuration, les ganglions

ont été, pendant une longue période, engorgés et tuméfiés, quelle que soit d'ailleurs la durée de la phase de suppuration. Nous insistons sur ce point dont l'importance est capitale dans cette étude diagnostique.

En troisième lieu, il faut tenir grand compte des antécédents des malades et rechercher avec le plus grand soin s'ils sont ou non porteurs d'une lésion tuberculeuse quelconque. De même que dans tous les cas où il s'agit d'établir un diagnostic délicat de tuberculose, cette étude attentive devient ici d'une utilité très grande. Souvent en effet (1) une adénite inflammatoire, une adénite vénérienne, survenant chez un malade entaché de tuberculose, modifie ses allures, se ferme mal après l'ouverture des foyers, s'indure, et finit par prendre l'aspect et la nature de la tuberculose. Melchior-Robert a décrit le bubon blenno-strumeux, produit combiné de la blennorrhagie et de la scrofule; Rollet et d'autres ont bien observé le bubon strumo-chancrelleux. Depuis longtemps enfin Ricord a donné le nom de scrofulate de vérole au bubon syphilo-strumeux.

Tous ces faits sont actuellement bien connus. Souvent aussi quand l'adénite tuberculeuse paraît se développer seule, d'emblée, il y a eu auparavant une légère inflammation des ganglions qui a passé ignorée, et sur laquelle s'est greffée la tuberculose. La raison en est la constitution médicale du sujet; car tel individu sain et vigoureux verra guérir son adénite inflammatoire en peu de temps, et chez tel autre, issu de parents tuberculeux, tuberculeux lui-même, l'adénite inflammatoire, d'abord simple, tournera peu à peu à la tuberculose. Si donc, en présence d'un cas difficile, le

(1) Ch. Lejars, *Presse médic.*, 1889.

diagnostic étant en suspend, on cherche et on trouve dans l'histoire du malade, ces nombreux accidents strumeux de l'enfance, adénites cervicales, blépharite ciliaire, gourmes, écoulements d'oreille, etc., si l'auscultation révèle des lésions des sommets des poumons, s'il a eu une pleurésie, une fistule anale, si ses épидидymes présentent des noyaux indurés, si enfin chez ses ascendants ou ses descendants la tuberculose a déterminé quelques-unes de ses manifestations, notre diagnostic devra pencher en faveur de la tuberculose ganglionnaire. L'absence complète de ces indices sera favorable au contraire à l'adénite subaiguë simple.

En dernier lieu, nous devons mentionner un signe physique, qui, faisant bien rarement défaut dans la bacillose des ganglions de l'aîne, devient par sa présence un indice révélateur presque pathognomonique.

Nous voulons parler de l'engorgement du premier ganglion iliaque externe, pris en même temps que les ganglions inguinaux. Le Professeur Sappey le décrit ainsi (1) : « Le plus volumineux des ganglions iliaques externes repose sur les vaisseaux sanguins au niveau de l'anneau crural, qu'il tend à oblitérer; le second est placé en dehors de l'artère et le troisième en dedans de la veine. » Ces indications suffisent pour rechercher à sa place ce ganglion et l'explorer. Il suffit de déprimer doucement et profondément la paroi abdominale, derrière l'arcade crurale, au niveau des vaisseaux fémoraux, pour le sentir dès qu'il est augmenté de volume. M. Lejars l'appelle « le ganglion repère. » Les autres ganglions sont sans doute engorgés avec

(1) Sappey. Traité d'anat. descript. Tome III.

lui, mais on ne peut guère apprécier leur accroissement.

Il est un cas cependant où la recherche du ganglion iliaque peut être rendue difficile par l'existence de ganglions supra-inguinaux. Cependant ceux-ci sont généralement placés au-dessus et en dehors des vaisseaux fémoraux, comme M. Lejars le montre bien (voir aussi notre observation II) et laissent libre la place occupée par le ganglion iliaque.

Ces remarques, croyons-nous, suffisent pour assurer la possibilité du diagnostic de l'adénite subaiguë de l'aîne. Ce diagnostic est indispensable si l'on veut traiter convenablement cette affection.

TRAITEMENT

Quelle thérapeutique doit-on opposer à l'adénite subaiguë simple ? Il faut tâcher d'en déduire logiquement les indications, des renseignements que nous ont fournis l'étude anatomique et l'étude clinique.

Et tout d'abord cette affection est-elle justifiable du traitement appliqué à l'adéno-phlegmon aigu, c'est-à-dire l'incision simple de la collection de pus ? Certes non, et en voici la raison : L'adénite aiguë avec périadénite détermine la formation d'un foyer purulent unique ; celui-ci ouvert, même par une petite incision, peut être entièrement évacué, et la cavité peut se déterger peu à peu, et se combler par formation de bourgeons charnus. Au contraire, une seule incision pourra ouvrir et vider une collection de pus, la principale, de l'adénite subaiguë ; cette petite cavité pourra à la rigueur se combler ; mais un autre foyer ne tardera pas à se développer à côté du premier, puis bien d'autres encore, car le pus n'est pas collecté en une masse, mais disséminé dans tout le parenchyme ganglionnaire, comme nous l'avons vu, et chaque îlot purulent abandonné à lui-même doit devenir un foyer de pus à part. Evidemment une seule incision ne peut en aucune manière intéresser tous ces îlots à la fois.

D'autre part un adéno-phlegmon aigu, qui n'est pas

traité, est susceptible de guérir spontanément, après ulcération de la peau, et évacuation du pus collecté. Jamais l'adénite subaiguë inflammatoire ne présente de terminaison spontanée semblable ; la guérison sans traitement est impossible ; la maladie aboutit à la formation de fistules multiples, sur la dépendance de nombreuses collections de pus, développées isolément. Nous avons assez insisté sur ce fait ; notre Observation VII en fait foi.

Nous devons donc rejeter complètement, comme tout à fait insuffisant, le traitement des adénites subaiguës par l'incision simple.

Une autre méthode, tout à fait radicale, consiste à enlever la totalité des tissus malades. Théoriquement, c'est la meilleure thérapeutique, grâce à laquelle la guérison peut survenir rapidement et pour toujours. C'est appliquer à l'adénite inflammatoire le traitement de beaucoup des adénopathies tuberculeuses.

Les rapports affectés par les ganglions malades avec les gros vaisseaux avoisinants font considérer cette opération par tous les chirurgiens, comme n'étant pas absolument simple ; il faut avoir des notions anatomiques très exactes, et une grande habitude de la dissection, pour extirper des paquets de ganglions accolés à des artères grosses comme la fémorale, à des veines de la taille de la jugulaire interne.

En ce qui concerne l'aîne, l'étude des ganglions pathologiques, au moment de les enlever, a permis de constater que souvent il formait une sorte de demi-cercle autour de la veine ou de l'artère fémorale, s'insinuant ainsi au-dessous d'eux ; dégager les vaisseaux de cette sorte de gouttière n'est pas chose aisée. Presque

toujours les ganglions adhèrent à la gaine conjonctive des gros vaisseaux, que l'on est ainsi obligé de dénuder dans une étendue assez grande, pour amener leur séparation, sans cependant laisser de tissu malade. Enfin les ganglions sont constamment reliés à l'artère et à la veine par des rameaux collatéraux extrêmement courts, et pas toujours très grêles; la petite tige vasculaire qui les suspend aux vaisseaux est si minime, que les ganglions semblent ne pas posséder de pédicules. Qu'on vienne à couper ou arracher une de ces branches vasculaires, sans l'avoir pincée auparavant, elle se rétractera, assez, pour donner l'aspect d'une plaie latérale de l'artère ou de la veine fémorale; souvent on est alors obligé de lier complètement l'un ou l'autre de ces vaisseaux pour remédier à l'hémorrhagie.

Ces difficultés d'extirpation, déjà considérables pour les ganglions tuberculeux, dont la coque épaisse se laisse assez bien distinguer des tissus voisins, pour qu'on la dissèque sans trop de peine, deviennent pires encore dans l'adénite subaiguë. En effet, au moment où l'on opère, la péri-adénite est la règle, et elle est ordinairement assez marquée pour augmenter le volume des ganglions, et établir une zone de transition insensible entre le ganglion malade et les tissus sains. Cette absence de limites nettes, nuit considérablement pour l'intervention. En extirpant des bubons inflammatoires, il est arrivé deux fois à Lauenstein (1) d'ouvrir la veine fémorale. Les dangers de cet accident sont comme l'on sait fort sérieux, et l'on peut hésiter à pratiquer une intervention au cours de laquelle ils peuvent survenir.

(1) Deutsche Zeitschrift für Chir., 1893.

Si donc nous rejetons la simple incision comme insuffisante, nous ne préconisons pas non plus l'extirpation totale des tissus malades, en raison des dangers auxquels expose cette intervention et principalement de l'ouverture de la veine et de l'artère fémorale.

Il nous reste alors un moyen terme à prendre, et nous pouvons pratiquer une opération moins dangereuse que l'ablation totale, et plus efficace que la seule incision, en agissant de la façon suivante, d'après les conseils de M. Nélaton.

Le malade étant anesthésié, toutes les précautions antiseptiques usuelles étant assurées, on divisera la masse ganglionnaire par une incision faite suivant le grand axe de la tumeur ; cette incision intéresse la peau, et la plus grande épaisseur de la masse ganglionnaire ; elle ouvre chemin faisant un ou deux foyers purulents. Puis, les doigts étant introduits entre les lèvres de l'incision, on déchirera autant que possible ces ganglions, d'ailleurs friables, de manière à en énucléer la plus grande partie ; mais pour cela il faut éviter à tout prix de se servir d'instruments, surtout tranchants. Enfin, pour être sûr de ne pas laisser sans les ouvrir de petits ilots de pus, à l'aide d'une sonde cannelée, on délacérera tout ce qui restera de tissu ganglionnaire pathologique, et, au besoin, la cavité sera nettoyée en dernier lieu avec une curette mousse, pour retirer les derniers débris des ganglions. De cette façon, et sans chercher à enlever d'une manière complète la totalité des ganglions malades, ce qui importe peu (tandis que dans la tuberculose, le succès dépend de l'ablation large des parties malades), on pratique une opération simple, rapide, et sans dangers.

La guérison rapide du malade (trois semaines à un mois) s'obtient sans incidents ; comme après l'opération, la cavité est bourrée de gaze iodoformée à chaque pansement. Quelquefois, au cours de l'un d'eux, on voit un fragment de ganglion s'engager entre les lèvres de la plaie pour s'éliminer ; il est facile alors d'en faire l'ablation.

Tel est le traitement chirurgical de l'adénite subaiguë inflammatoire de l'aine, arrivée à sa période d'état. Pendant les premiers temps de son évolution, celle-ci peut être entravée, arrêtée même par des pansements locaux ; les pansements à la liqueur de Van Swieten, les frictions d'onguent mercuriel belladonné ont parfois réussi à enrayer la maladie. Les moyens dirigés contre l'adénite tuberculeuse au début, injections interstitielles d'éther iodoformé, de naphtol camphré, etc., sont ici sans action aucune. Enfin, à la période des fistules, l'adénite doit être opérée sans tarder à cause de son développement presque incessant.

Il faut la traiter comme l'adénite bacillaire, c'est-à-dire extirper les trajets fistuleux, extirper autant que possible, et gratter les coques ganglionnaires, auxquelles aboutissent ces trajets. C'est le seul cas où l'adénite subaiguë simple doive être traitée comme la tuberculose ganglionnaire.

OBSERVATION I

Communiquée par M. Binot, interne des hôpitaux.

Le nommé J. F., âgé de 24 ans, étudiant en médecine, entre, le 12 février 1894, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le docteur Nélaton. Il vient se faire soigner pour une adénite inguinale gauche, dont le début remonte à un mois environ. En une quinzaine de jours les ganglions ont augmenté de volume, puis devenus aussi gros qu'actuellement, sont restés stationnaires.

Pendant leur développement le malade a ressenti de vives douleurs, qui depuis quinze jours se sont atténuées, en sorte qu'il ne se plaint maintenant que de gêne dans la démarche.

L'adénite, du volume d'un gros œuf de poule, occupe exactement le pli de l'aîne gauche; elle paraît répondre à la moitié interne du groupe ganglionnaire horizontal. La tumeur, irrégulière, bosselée, est partout indurée, sans point fluctuant. La peau, rouge, lisse, tendue, lui est adhérente.

Le groupe ganglionnaire longitudinal, les ganglions de la fosse iliaque ne sont pas envahis.

Peu de réaction générale; pas de fièvre; un peu d'anorexie.

Le siège de cette adénite en fait rechercher la cause du côté des organes génitaux. Et l'on découvre en effet, sur la face dorsale du gland, près du frein, sur le prépuce, de petites cicatrices récentes d'herpès; le malade a eu, il y a un mois et demi, quinze jours avant le développement de l'adénite, un grand nombre de vésicules d'herpès, auxquelles ont fait suite les ulcérations dont nous voyons les cicatrices. Il n'a eu ni blennorrhagie, ni syphilis.

De constitution robuste, grand, bien musclé, le malade n'a jamais toussé ni craché de sang: il n'a pas eu de gourme dans son enfance, ni d'écoulements d'oreille, ni d'adénopathies.

Bien que l'aspect de cette adénite rappelle de très près celui de l'adénite tuberculeuse, en raison de la rapidité relative de l'évolution, de l'absence d'antécédents tuberculeux, et de l'existence, par contre, de l'herpès de la verge, on porte le diagnostic d'adénite inguinale subaiguë simple, consécutive à l'herpès génital.

Opération le 12 février. Après anesthésie du malade au chloroforme, M. Nélaton pratique une incision parallèle au pli de l'aîne, et tombe d'abord sur un ganglion à coque très dure, du volume d'une grosse noix, ramolli au centre; il en fait l'énucléation avec

les doigts aussi bien que possible. Un autre ganglion, à coque également très dure, est également énucléé en partie; il renferme aussi un peu de pus. Trois ou quatre ganglions plus petits, à coque indurée, et suppurés à leur centre, sont enlevés à la curette. Tous ces ganglions sont très adhérents entre eux, et aux parties voisines.

Tamponnement iodoformé de la plaie.

Le pus, examiné par M. Netter, ne renfermait pas de bacilles de Koch.

Après une suppuration abondante et de nombreux pansements, la plaie a bourgeonné et s'est peu à peu cicatrisée.

Le malade quitte le service le 20 mars, conservant encore une petite plaie; la région inguinale malade présente encore une large induration; la peau n'a pas repris sa souplesse, et présente une teinte rouge violacée.

Dans le courant du mois d'avril, le malade, qui est revenu dans le service se faire panser, présente une petite grosseur du volume d'une noisette, à côté de l'ancienne plaie; cette tumeur, fluctuante, est incisée; il sort une petite quantité de pus. Petit trajet fistuleux qui se cicatrise en mai.

Au commencement de juin, nouveau foyer purulent au-dessus du précédent, qui s'ouvre spontanément et laisse aussi un petit trajet fistuleux. La peau a conservé la même teinte rouge, et la région inguinale n'est pas encore souple et normale.

La guérison du malade est complète à la fin du mois de juillet.

OBSERVATION II

Communiquée par M. Robineau, interne des hôpitaux.

Le nommé Paul Ch., âgé de 25 ans, employé de commerce, entre le 14 avril 1894, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, dans le service de M. le Docteur Nélaton.

Il est porteur d'une tumeur de la région inguinale gauche, dont le début remonte environ à un mois. A cette époque le malade ressentit un peu de gêne dans la marche, quelques douleurs dans l'aîne gauche, et depuis, il a assisté au développement progressif de sa tumeur, sans éprouver d'autres troubles fonctionnels.

La tumeur est constituée par deux masses, l'une supérieure et externe, l'autre inférieure et interne, séparées l'une de l'autre

par le pli inguinal, accusé davantage et déformé. Il en résulte que la masse supérieure, dont le volume est presque celui d'un œuf de poule, occupe la partie inférieure de la paroi abdominale; elle s'étend transversalement au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale. L'autre masse, de volume un peu moindre, également allongée dans le sens transversal, s'étend sous la partie interne de l'arcade crurale, jusqu'à la racine des bourses, en dedans des vaisseaux fémoraux. Elle répond exactement aux ganglions inguinaux internes.

Chaque masse est irrégulière, bosselée, un peu douloureuse à la pression, peu mobile sur les plans profonds. La peau adhère à leur surface, et présente au point culminant de chaque grosseur un aspect lisse, tendu, et une coloration rouge foncé.

Chaque tumeur est indurée dans son ensemble; certains points sont plus durs que d'autres, et, au sommet, la masse supérieure est ramollie, dépressible; l'inférieure est nettement fluctuante. La fluctuation se limite, d'ailleurs, en un espace grand à peine comme une pièce de cinquante centimes.

Ces caractères indiquent suffisamment que le malade est atteint d'une adénite inguinale et supra-inguinale, à marche subaiguë.

L'aspect de cette adénite est tout à fait celui de la tuberculose, et l'état général du malade paraît, au premier abord, devoir confirmer ce diagnostic. Il est maigre, son teint est pâle, ses joues creuses, les cheveux fins et peu abondants, la barbe clairsemée. Il dit cependant que, sans être vigoureux, il s'est toujours bien porté; il n'a jamais fait de maladie sérieuse, ni à Limoges, où il est né; ni à Paris, qu'il habite depuis peu. A part quelques rhumes, il n'a jamais toussé, n'a pas eu d'hémoptysie. Dans son enfance, il ne se souvient pas avoir eu de maux d'yeux, d'écoulement d'oreille, de gourme, d'adénopathies. Pas de fistule à l'anus. Les épидидymes sont sains. L'examen de ses poumons ne révèle rien d'anormal. Enfin il est impossible de retrouver dans sa famille des signes de tuberculose.

En cherchant du côté des organes génitaux du malade, en rapport plus spécialement avec les ganglions inguinaux internes, on ne trouve aucune cicatrice, aucune trace d'excoration sur le gland ou sur le fourreau de la verge. En particulier, le malade n'a pas eu d'herpès. Il a eu, il y a quelque temps, une chaude-pisse dont la terminaison eut lieu un mois environ avant le développement des

ganglions. Le malade ne peut dire s'il avait déjà des ganglions engorgés au moment où finit sa blennorrhagie.

Le diagnostic porté est celui d'adénite inguinale subaiguë simple, en raison de la rapidité de l'évolution et de l'absence des antécédents tuberculeux.

Opération le 23 avril, après anesthésie par le chloroforme. Incision transversale de la peau au niveau de chaque tumeur. Issue d'une faible quantité de pus au niveau de la masse inférieure. Énucléation à l'aide des doigts de la masse des ganglions, qui sont entourés d'une coque un peu épaissie. Grattage à la curette mousse des parties malades que les doigts n'ont pu enlever. Les deux cavités, ainsi nettoyées, sont remplies de gaze iodoformée.

La section des ganglions enlevés montre que leur totalité est occupée par de petits foyers purulents dont les dimensions varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois. Le plus gros, ouvert par l'incision cutanée, avait le volume d'une noisette.

L'examen histologique, fait par M. Marie, interne des hôpitaux, élève du professeur Cornil, a démontré qu'il s'agissait d'inflammation franche des ganglions.

Les suites de l'opération ont été très simples : après une suppuration de courte durée, qui a nécessité le renouvellement du pansement tous les deux jours, les plaies ont bourgeonné et se sont peu à peu fermées. La cicatrisation était parfaite le 26 mai ; la peau, de coloration normale, avait retrouvé toute sa souplesse ; le malade quitta le service à cette date pour retourner dans son pays.

Les observations qui suivent, dues à M. le Dr Nélaton, sont extraites de la clinique qu'il a faite à l'Hôpital de la Charité, et qui a été publiée dans la *Semaine médicale* (N° du 5 novembre 1890) :

OBSERVATION III (M. Nélaton)

Il s'agit d'un malade âgé de trente-quatre ans, occupant le lit n° 14 de la salle Velpeau. En juin 1890, il remarqua, sans cause appréciable, l'existence de grosseurs dans ses deux régions inguinales, ressentit à leur niveau une légère douleur et éprouva un peu de malaise général. Il n'en continua pas

moins ses occupations. Trois semaines plus tard, les tuméfactions inguinales ayant augmenté, devinrent gênantes et provoquèrent même quelques souffrances du côté droit; il vint à la consultation de la Charité. On lui fit faire des frictions avec l'onguent napolitain, et on lui recommanda d'appliquer un vésicatoire sur la tuméfaction inguinale. Ce malade retira peu d'effets de cette médication, et demanda son entrée à l'hôpital, peu après.

Au mois d'août, la situation est la suivante. Dans les deux régions inguinales, on constate l'existence d'une saillie multilobée, du volume d'un petit œuf, obliquement allongée suivant le pli de l'aîne; la peau est tendue, légèrement rouge, mais surtout modifiée par les applications thérapeutiques qui ont été faites à sa surface. Il n'y a ni rougeur phlegmoneuse, ni œdème de la région. A la palpation, qui n'est point douloureuse, on reconnaît une agglomération de petites tumeurs ganglionnaires^s grosses comme des noisettes, arrondies, rénitentes. L'une d'elles, plus volumineuse que les autres, présente à son centre, un point dépressible, manifestement fluctuant; elle siège du côté droit. A gauche les ganglions sont indurés, mais aucun d'eux n'est fluctuant. Les phénomènes généraux sont nuls.

Pas d'antécédents strumeux, ni de signes actuels de tuberculose.

Diagnostic : Adénite subaiguë simple à foyers intraganglionnaires.

OBSERVATION IV (M. Nélaton).

Malade âgé de 25 ans, qui prétend avoir fait, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, un effort, suivi immédiatement d'une douleur vive dans les deux aines. Deux jours après, une tuméfaction inguinale se produisit; en même temps survint une fièvre légère accompagnée de céphalalgie, d'anorexie, etc. Ces phénomènes généraux durèrent trois à quatre jours, puis disparurent; mais la tuméfaction persista, et c'est pour cette raison que ce garçon demanda son entrée à l'hôpital.

L'examen des régions inguinales fait reconnaître chez lui une série de petites masses ganglionnaires indurées; la peau présente une coloration rosée et le tissu cellulaire sous-jacent est œdémateux. L'un des ganglions, du volume d'une grosse noisette, donne le symptôme de la fluctuation.

Il n'existe dans ses antécédents, ni actuellement, aucun signe de tuberculose.

Diagnostic : Adénite inguinale subaiguë simple à foyers intra-ganglionnaires.

OBSERVATION V (M. Nélaton)

En 1886, entre à l'hôpital Broussais un garçon marchand de vins, parfaitement bien portant et sans antécédent strumeux. Il arrive à l'hôpital avec une tumeur inguinale droite du volume d'un œuf de poule ; la tuméfaction avait débuté une quinzaine de jours auparavant. La tuméfaction était douloureuse au toucher, mais on n'y percevait pas de fluctuation. On ne trouve pour expliquer le développement de cette adénite que l'existence, quelque temps auparavant, de vésicules d'herpès sur le prépuce.

Trois semaines après le début de la maladie, incision de la tuméfaction inguinale. Le bistouri divisa un ganglion hypertrophié du volume d'une noix, et le pus ne s'écoula que lorsque M. Nélaton eut, avec la sonde cannelée, dilacéré profondément le ganglion : le foyer était ainsi ouvert, et donna issue à une cuillerée à café de pus séreux.

Huit jours plus tard, un gros ganglion du volume d'une petite noix, vint faire saillie entre les lèvres de la plaie ; il fut énucléé avec la curette ; deux autres ganglions furent trouvés au-dessus de lui, profondément, et dilacérés avec la sonde cannelée ; au centre se trouvaient quelques gouttes de pus.

La coupe du ganglion extirpé montra trois points purulents disséminés au milieu du parenchyme ganglionnaire congestionné.

M. Durand-Fardel fit l'examen histologique du ganglion énucléé et ne constata que des lésions inflammatoires franches.

OBSERVATION VI (M. Nélaton)

Garçon de vingt ans, chez qui, à la suite d'herpès préputial disparu depuis huit jours, se produisit une adénite inguinale subaiguë. L'incision fut faite, et au centre du ganglion, fut trouvée une petite quantité de pus, collecté en foyers disséminés. L'examen histologique fait par M. Durand-Fardel démontra qu'il s'agissait de lésions inflammatoires franches.

OBSERVATION VII (M. Nélaton)

Cette observation se rapporte à un malade porteur d'une adénite subaiguë, qui avait été traitée pendant trois mois, en ville, par des applications de cataplasmes, d'onguent mercuriel, etc. Les foyers purulents s'étaient spontanément vidés, et la région inguinale présentait trois trajets fistuleux conduisant à des ganglions malades. Cliniquement il était impossible de dire si les lésions ayant donné naissance à ces trajets étaient tuberculeuses ou non. M. Nélaton pratiqua le curage des trajets, et l'extirpation des coques ganglionnaires auxquelles ils aboutissaient.

L'examen histologique les déclara non tuberculeux.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Le nommé D..., Emile, âgé de 64 ans, entre à l'hôpital Tenon le 6 septembre 1894, salle Lisfranc, lit n° 16.

Il vient se faire soigner pour une grosseur rouge, un peu douloureuse, qu'il porte dans l'aîne droite, et qu'il a remarquée pour la première fois il y a six semaines environ; c'était alors une petite tuméfaction indolente, dont le développement progressif devint une cause de gêne pour la marche. Il y a quinze jours, il vint à la consultation de l'hôpital Tenon, tant il était incommodé par cette petite tumeur.

On lui conseilla d'appliquer un emplâtre de Vigo. A partir de ce moment, il éprouva de vraies douleurs dans l'aîne, qui ne cessèrent que lorsqu'il eût retiré l'emplâtre, c'est-à-dire au bout de huit jours. Il constata à ce moment que la peau avait rougi au sommet de la tumeur. Bien que ne souffrant plus, il se résolut à demander une intervention chirurgicale, et entra à l'hôpital.

On constate à la partie moyenne de l'aîne droite, l'existence d'une tumeur allongée parallèlement à l'arcade crurale et au-dessous d'elle. Son volume est celui d'un petit œuf de poule. Ses limites exactes montrent qu'en dehors elle dépasse d'un travers de doigt le milieu de l'arcade crurale, et que en dedans elle s'approche d'un travers de doigt de l'épine du pubis. La peau est rouge dans la partie la plus saillante de la tumeur et

sur une étendue presque comparable à une pièce de cinq francs ; elle adhère à la tumeur sous-jacente, et celle-ci peut à peine être mobilisée sur les plans profonds.

Il est difficile, même par une palpation minutieuse, de sentir exactement les limites de cette tumeur, qui semble se fusionner à la périphérie avec les tissus voisins. Elle est irrégulière, un peu bosselée, et se continue en dehors et en haut avec une masse arrondie qui, au-dessus de l'arcade crurale, paraît occuper l'entrée de la fosse iliaque et s'y enfoncer ; grosse comme une noix, cette deuxième tumeur est située en dehors et assez loin des vaisseaux ; sa consistance est dure et ferme, tandis que la masse inguinale est empâtée, mais non fluctuante. — Les ganglions longitudinaux de l'aîne sont indemnes, ainsi que ceux de l'aîne gauche.

Le diagnostic d'adénite inguinale est évident. Les ganglions iliaques ne sont pas envahis, car le ganglion sus-jacent à l'arcade de Fallope est loin des vaisseaux. C'est un ganglion supra-inguinal, sus-aponévrotique, qui s'est développé surtout en profondeur ; aussi son siège paraît-il, au premier abord, dans la fosse iliaque même.

L'aspect de cette adénite, son indolence, rappellent de très près l'adénite tuberculeuse. Cependant le malade n'est pas un tuberculeux ; ses poumons, ses testicules sont sains. Il est parvenu à un âge déjà avancé sans présenter aucune manifestation de la tuberculose ; jamais il n'a eu d'abcès froids, de fistule anale, etc. Aussi est-on porté à rechercher une cause locale à cette adénite.

Aucune plaie du membre inférieur ne peut être incriminée. Mais l'examen de la verge donne des renseignements utiles. Le malade est atteint de phimosis ; il n'a pas l'habitude de décalotter et ne prend aucun soin de propreté. En rétractant le prépuce, ce qui est possible, on fait suinter une notable quantité de pus, et, après lavage, on voit la muqueuse du gland et du prépuce, de coloration rouge vif, avec de nombreuses érosions ; le pus provient surtout du sillon balanopréputial. En regardant de près, on voit sur la face dorsale du gland de petites macules arrondies, rouge foncé, traces certaines de vésicules d'herpès anciennes.

Le malade ignore l'existence de cette balanite et ne peut en préciser le début ; il ne souffre pas de sa verge, et avait à peine remarqué le suintement purulent.

Le diagnostic est ainsi complété : Adénite inguinale subaiguë, consécutive à une balano-posthite.

Le 7 septembre, il se produit une petite ulcération de la peau au sommet de la tumeur ; il en sort un liquide puriforme, clair, jaunâtre, avec des amas granuleux de pus. Ce liquide ressemble tant au pus tuberculeux que le diagnostic devient hésitant.

Opération le 8 septembre.

Le malade étant anesthésié, la circoncision est d'abord pratiquée. Puis une incision parallèle à l'arcade crurale, longue de six centimètres, conduit sur le ganglion principal, ramolli et fongueux. Par expression, on en fait sortir quelques gouttelettes de pus clair, recueilli aussitôt en pipettes stériles. Avec les doigts, le ganglion est dilacéré, et les morceaux friables adhérents à l'aponévrose, sont enlevés avec peine, soit par traction, soit avec des pinces, soit avec les doigts. La curette mousse en emporte les derniers débris. Ces manœuvres font sourdre à plusieurs reprises, des gouttelettes de pus épais.

On suit alors, dans l'angle interne de la plaie, un ganglion gros comme une noisette, assez ferme de consistance ; sa capsule est sectionnée aux ciseaux, et le ganglion est énucléé en totalité avec les doigts. Le ganglion supra-inguinal est aussi enlevé entièrement, mais plus friable il se déchire en laissant couler un peu de pus. Après s'être assuré que tous les ganglions malades ont été enlevés, un nettoyage minutieux des cavités à la curette tranchante est pratiqué, à cause de la possibilité des lésions tuberculeuses. La plaie est cautérisée au chlorure de zinc à 1/10 c. et bourrée de gaze iodoformée.

Examen des ganglions : Le premier enlevé est formé par un amas de fongosités grisâtres, molles, sans foyers purulents. Les deux autres sont entourés d'une coque épaisse, ayant un centre ramolli et rosé. Dans le ganglion interne un petit foyer de pus est ouvert, et le pus recueilli en pipette.

Un fragment de ce ganglion, et du ganglion ramolli, sont inoculés à un cobaye, sous la peau de l'abdomen.

Suites opératoires. Elles sont très simples : Le malade est pansé tous les deux jours, la cavité est bourrée de gaze jusqu'à cicatrisation, et celle-ci se fait sans suppuration en trois semaines. Au début d'octobre il ne reste qu'une petite plaie cutanée et le malade quitte le service, entièrement guéri, le 8 octobre.

Examen du pus. — Il est pratiqué par M. Josué, interne dans le service du docteur Netter.

Le pus recueilli dans le premier ganglion, ouvert spontanément,

ment, cultivé sur gélose, donne une culture pure de staphylocoque blanc, microbe déjà trouvé par l'examen microscopique immédiat du pus. Quant au pus du ganglion interne, l'examen microscopique n'y a décelé la présence d'aucun microbe, et les cultures n'ont pas donné de résultat.

Le cobaye inoculé a été souffrant pendant une huitaine de jours.

La peau de l'abdomen s'est alors tuméfiée, et un phlegmon a été sur le point de se former. Mais ces phénomènes se sont peu à peu atténués, et l'animal était guéri au bout de quinze jours. Il a été sacrifié au bout de deux mois, et n'a présenté aucune lésion tuberculeuse viscérale. Il n'y avait plus trace de l'inoculation des ganglions malades.

Examen histologique. — M. Josué a bien voulu le pratiquer aussi. Il a confirmé l'examen bactériologique, en décelant des lésions simplement inflammatoires. Il n'y avait pas une seule cellule géante.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Madame D., âgée de 54 ans, entre à l'hôpital Tenon le 6 septembre 1894, en même temps que son mari, qui fait l'objet de l'observation précédente. Elle est couchée salle Richard Wallace, lit n° 17.

Comme son mari, elle a vu se développer dans l'aîne gauche une petite grosseur, il y a trois ou quatre semaines, et en a souffert un peu au début. Elle y appliqua une emplâtre de Vigo, il y a quinze jours, mais sans amélioration. Au contraire, la tumeur se développa plus rapidement et était rouge lorsqu'elle retira l'emplâtre. Elle diminua ensuite, et devint parfaitement indolente, pendant ces derniers huit jours. En même temps, elle constata dans l'aîne gauche l'apparition d'une petite grosseur, arrondie, roulante sous le doigt, du volume d'une noisette. Sans attendre un plus grand développement de ces tumeurs, elle se décide à réclamer une intervention.

Dans l'aîne droite, existent deux saillies superposées, allongées transversalement, toutes deux sous l'arcade crurale, ne dépassant pas en dehors le niveau de l'artère fémorale, et en dedans atteignant presque l'épine du pubis.

Ces saillies ovalaires, grosses chacune comme un œuf de pigeon, sont séparées par un pli cutané froncé. A leur niveau, la peau adhérente est rouge, et légèrement œdémateuse. La palpation n'est pas douloureuse ; elle montre l'immobilité complète des petites tumeurs, et leur continuité avec une masse plus profonde longeant l'arcade crurale, et s'étendant en dehors à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Les tumeurs superficielles sont nettement fluctuantes à leur sommet en un point très limité. Tout autour est un empâtement résistant.

La grande lèvre droite est œdématiée. Dans l'aîne gauche, au devant des vaisseaux, on sent un petit ganglion indolent, arrondi, très mobile sous le doigt.

Pas plus que chez son mari, on ne retrouve chez cette malade de stigmates de tuberculose, pleurésie ancienne, abcès, fistule anale, etc. Rien à l'auscultation des poumons. Les membres inférieurs ne présentent aucune trace de lésions des téguments ayant pu occasionner l'adénite. D'ailleurs l'intégrité des ganglions longitudinaux, la bilatéralité de la lésion, viennent à l'encontre de cette hypothèse, et portent à penser à une origine génitale. Le vagin est le siège d'un écoulement purulent verdâtre abondant. Après lavage, on voit la muqueuse du vagin et des petites lèvres, très rouge, chaude et douloureuse. L'utérus est d'ailleurs sain, et il s'agit seulement de vaginite avec vulvite ; très probablement cette malade a été contaminée par son mari.

Le diagnostic est donc : adénite subaiguë de l'aîne, consécutive à une vaginite.

Opération le 8 septembre.

Incision parallèle à l'arcade crurale, portant sur le ganglion inférieur. Malgré la fluctuation, on ne trouve pas de pus, mais un amas de fongosités gris terne, molles. Le ganglion est dilacéré avec le doigt, ce qui donne issue à une goutte de pus recueillie en pipette stérile. Puis le doigt porté en haut dilacère le ganglion supérieur, qui présente les mêmes altérations que le premier et laisse suinter aussi quelques gouttes de pus.

Après ablation des fragments ganglionnaires aux ciseaux et à la curette mousse, le doigt sent plus profondément un autre ganglion qui est isolé et disséqué par la partie interne ; en tirant sur lui on amène peu à peu deux autres ganglions placés bout à bout et constituant cette masse que l'on sentait à la

partie externe de l'aîne. Ces ganglions, peu adhérents, sont disséqués sans trop de peine; leur ensemble a l'aspect et le volume d'une saucisse, longue de 9 centimètres.

La plaie est nettoyée et bourrée de gaze iodoformée.

Les suites opératoires ne présentent rien à relever de particulier. Il se fait un peu de suppuration, mais la cavité se comble peu à peu et la malade quitte le service, guérie, le 11 octobre.

Le ganglion de l'aîne gauche n'a pas été enlevé, parce qu'il semblait peu atteint, en raison de sa petitesse et de sa mobilité. En effet, au bout de quinze jours, spontanément, il a diminué de volume et, au moment du départ de la malade, il était gros comme un petit haricot.

Des injections vaginales quotidiennes, avec du sublimé en solution à 1 pour 4000, ont guéri la malade de sa vaginite.

Examen des ganglions. — Les fongosités des deux premiers ganglions sont grisâtres; au milieu de leur masse, on ne retrouve plus de foyers purulents. Le chapelet des ganglions profonds, de consistance dure, est coupé en tranches, perpendiculairement à la longueur. On voit une épaisse coque fibreuse, blanchâtre, et un centre gris rosé, plus mou, — par endroits presque fongueux. Ça et là, la coupe intéresse un foyer de pus, gros comme un grain de millet ou un grain de chènevis.

Un fragment de ce ganglion et un petit morceau de fongosités sont inoculés à un cobaye, sous la peau de l'abdomen.

Examen bactériologique et histologique. — Il est pratiqué par M. Josué et donne les mêmes résultats négatifs que dans l'Observation précédente. C'est-à-dire que, au microscope et après culture du pus recueilli, on ne trouve aucun microbe.

Le cobaye ne souffre pas de son inoculation, présente seulement pendant quelques jours un peu d'œdème de la paroi abdominale, et, sacrifié après deux mois, ne porte aucune lésion tuberculeuse, ni dans ses viscères ni au point inoculé.

Enfin des coupes microscopiques n'ont décelé aucune cellule géante; il n'y a qu'une inflammation simple des ganglions.

Cette Observation est doublement intéressante en ce qu'elle appartient à une femme et que l'adénite s'est manifestement développée à la suite de contamination génitale.

CONCLUSIONS

1° Il existe une variété d'adénite inflammatoire, fréquente surtout dans la région de l'aîne, qui se distingue de l'adénite aiguë et de l'adénite chronique par sa marche subaiguë.

2° Anatomiquement elle est caractérisée par la formation de foyers purulents petits et nombreux, au sein même du parenchyme ganglionnaire.

Ces collections purulentes s'ouvrent isolément à la peau, laissant après elles des trajets fistuleux sans tendance à la guérison spontanée.

3° L'adénite subaiguë inflammatoire de l'aîne reconnaît le plus souvent une cause génitale, l'herpès de la verge en particulier. Le plus souvent il est impossible de déterminer son origine ; à ce titre elle peut être rapprochée des adénites tardives étudiées par Jouet.

4° Cliniquement cette affection ressemble beaucoup à la tuberculose ganglionnaire : l'absence

apparente de cause, la lenteur de l'évolution, le faible degré des signes d'inflammation, le peu de réaction sur l'état général, enfin l'indolence presque absolue, permettent de la confondre avec la tuberculose. Lorsque les fistules se sont produites la confusion est à peu près impossible à éviter. Son pronostic est bénin, à condition de lui opposer un traitement particulier.

5° On doit surtout diagnostiquer l'adénite subaiguë d'avec l'adénite tuberculeuse. On tiendra compte de ce que les phénomènes inflammatoires, quoique légers, existent cependant ; l'évolution de la maladie, bien que lente, a lieu pourtant plus vite que dans la tuberculose ; par contre, la présence d'antécédents tuberculeux, l'engorgement simultané du premier ganglion iliaque, sont défavorables au diagnostic d'adénite subaiguë inflammatoire.

6° Le traitement de cette maladie doit consister à évacuer autant que possible la totalité des petits ilots de pus renfermés dans les ganglions. L'incision simple de la principale collection est insuffisante. L'ablation radicale de la masse ganglionnaire expose à la lésion de l'artère et surtout de la veine fémorale, est difficile à exécuter d'une manière satisfaisante, et doit ainsi être rejetée.

L'incision large des ganglions, suivie d'énucleation partielle à l'aide des doigts, et de dilacération des tissus malades à la sonde cannelée, est l'opération de choix.

Vu :
Le Doyen
D^r BROUARDEL.

Vu par le Président de la Thèse,
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration.

VERNEUIL. — Art. Aine (Dict. Dech).

VELPEAU. — Art. Adénite (Dict. Dech).

JOUET. — Thèse Doctorat, 1886.

LEJARS. — Traité Chirurgie.

NÉLATON. — Sem. Médicale, 1890.

LEJARS. — Presse Médicale, 1894.

